

**MULTIPLE DEPENDENT CLAIM
FEE CALCULATION SHEET
(FOR USE WITH FORM PTO-875)**

SERIAL NO.

09/806739

FILING DATE

APPLICANT(S)

CLAIMS

	AS FILED		AFTER 1st AMENDMENT		AFTER 2nd AMENDMENT			*		*		*	
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.		IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.
1	/						51						
2		/					52						
3		/					53						
4		(D)					54						
5		(D)					55						
6		(D)					56						
7		(D)					57						
8		(D)					58						
9	/						59						
10		/					60						
11		2					61						
12		(D)	/				62						
13		(D)		/			63						
14		(D)		/			64						
15				/			65						
16				/			66						
17				/			67						
18				/			68						
19				/			69						
20			/				70						
21				/			71						
22				/			72						
23				/			73						
24				/			74						
25				/			75						
26				/			76						
27				/			77						
28				/			78						
29				/			79						
30							80						
31							81						
32							82						
33							83						
34							84						
35							85						
36							86						
37							87						
38							88						
39							89						
40							90						
41							91						
42							92						
43							93						
44							94						
45							95						
46							96						
47							97						
48							98						
49							99						
50							100						
TOTAL IND.	2		2				TOTAL IND.						
TOTAL DEP.	13		16				TOTAL DEP.						
TOTAL CLAIMS	15		18				TOTAL CLAIMS						

BEST AVAILABLE COPY